Lane Medical Library

ÜBER
HÆMATOMA LIGAMENTI LATI.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KÖNIGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT

WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

VORGELEGT VON

KARL MAUL

AUS

BÖRWANG.

WÜRZBURG.
Druck von F. Fromme, Burkarderstrasse 26.
1894.

Referent: Herr Professor Dr. **Hofmeier.**

MEINEN

TEUREN ELTERN

IN

LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET.

Die Veranlassung zu nachfolgender Arbeit gaben zwei Fälle von Hämatoma ligamenti lati, die auf der hiesigen gynäkologischen Klinik zur Beobachtung kamen und welche in prägnanter Weise mancherlei zur Klärung der Verhältnisse bei dieser Erkrankung an den weiblichen Sexualorganen sowohl in Hinsicht auf die Symptome als in diagnostischer und therapeutischer Beziehung beitragen. Das Leiden verdient um so mehr Interesse, als bis in die neuere Zeit sein Vorkommen vielfach bestritten worden ist.

Sehen wir uns auf dem Gebiete der Blutungen ins Becken in der Litteratur um, so finden wir fast ausschliesslich Beschreibungen von intraperitonealen Ergüssen, oder der jeweilige Verfasser lässt selbst im Zweifel, um welche Art der Erkrankung, ob um extra- oder intraperitoneale Blutung es sich handle. Diese Unsicherheit in der Beurteilung spricht sich auch in der Terminologie aus, indem lange Zeit die Bezeichnungen Hämatom und Hämatocele synonym gebraucht wurden, während nunmehr erstere einen extraperitonealen, tetztere einen intraperitonealen Erguss bedeutet.

Nachdem bis mitte der sechziger Jahre dieses Säkulums an dem Vorkommen beider Arten der Beckenblutungen festgehalten worden war, trat dieser Anschauung neben anderen besonders *Virchow* entgegen, der bestimmt gegen das Vorkommen eines primär extraperitonealen Blutergusses ins Becken sich aussprach, da er trotz der vielen Autopsien keinen Fall fand, der das Vorkommen genannter Erkrankung bewiesen hätte.

Von da ab wurde ihre Existenz vielfach ganz geleugnet. Stets muss dabei im Auge behalten werden, dass es sich in dieser Frage nur um Blutergüsse ausserhalb Geburt und Wochenbett handelt.

Schröder erklärte im Jahre 1866 auf Grund seiner Beobachtungen, dass extraperitoneale Blutergüsse, die zu klinischen Symptomen Veranlassung geben, ausserhalb der Zeit der Fortpflanzung ungemein selten seien und dass ein ganz sicher konstatirter Fall in der gesamten Litteratur bis jetzt nicht vorliege. In diesem Sinne führte er manche Fälle, welche nach dem Sectionsbefunde von Anderen für extraperitoneale Geschwülste angesehen wurden, auf intraperitoneale Ergüsse als Grundleiden zurück.

Bei den zahlreichen späteren Berichten über ähnliche Befunde nahmen die Autoren häufig keine bestimmte Stellung zu der Frage der primären Lokalisation. Der Streit führte endlich zu dem Resultate, dass in der That Hämatome ohne jegliche Beteiligung des Peritoneums und der Bauchhöhle vorkommen. Ich selbst hatte Gelegenheit, einen solchen Fall an der hiesigen Universitäts-Frauenklinik zu beobachten, dessen genaue Be-

schreibung später folgen soll, nachdem ich versucht haben werde, durch allgemeine Daten die Verhältnisse bei Hämatoma ligamenti lati klarzulegen.

Der Sitz der Blutergüsse ins Beckenbindegewebe ist bedingt durch die anatomischen Verhältnisse; derselbe kann demnach sein in einem der Ligg. lat. oder indem die Geschwulst vor oder hinter dem Uterus hinwegzieht nach der anderen Seite, in beiden Ligg. lat. zugleich, endlich noch im Gewebe vor oder hinter der Gebärmutter; im zweiten Falle sind die beiden Tumoren durch eine Brücke mit einander verbunden, welche hinter, seltener vor dem Uterus liegt.

Neben dem Spielraum in der Wahl des Ortes ist dem Hämatom grosse Freiheit gegeben bezüglich des Umfanges, zu dem es sich entwickeln kann. Man macht hiebei die Beobachtung, dass die Hämatome weniger über den Beckeneingang sich erheben, als vielmehr den Beckenboden nach unten drängen, und so von der Scheide als hervorragende Tumoren gut palpirbar sind. Ihre Consistenz ist eine teigige, die Fluktuation, bei kleineren Hämatomen fast stets vorhanden, verschwindet meist, sobald die Grösse eine erheblichere wird, wobei sich dann auch eine deutliche Verlagerung des Uterus nach der entgegengesetzten Seite hin bemerkbar macht.

Bei den weiteren Vorgängen, welche die Geschwulst betreffen, spielt eine grosse Rolle die Resorption. Gefunden wurde bei der Eröffnung flüssiges wie coagulirtes Blut, auch jauchige Produkte.

Spontandurchbruch kann erfolgen in Vagina oder Rectum oder nach der Bauchhöhle. Gerade das letzte Moment hatte viel Schuld an dem Kampfe gegen den extraperitonealen Charakter des Hämatoms, da dieser Durchbruch nach dem Cavum peritonei zur Zeit der Obduction vielfach schon stattgefunden hatte, häufig die Ursache des Exitus gewesen sein mag. In solchen Fällen können sich auch Eiterkörperchen finden, welche in dem Inhalte eines Hämatoms, bei dem es nicht zu den Folgeerscheinungen der Entzündung und des Durchbruches gekommen ist, stets fehlen, während der Inhalt der Haematocele infolge der in lokaler oder diffuser Peritonitis bestehenden entzündlichen Vorgänge fast regelmässig Eiterkörperchen aufweist.

Ueber die Aetiologie des Hämatoms finden sich in der Litteratur nur wenig Angaben, da, wie schon erwähnt, sein Vorkommen ausserhalb Schwangerschaft und Wochenbett zu vielfach negirt wurde. Lag nun doch einmal ein deutlich extraperitonealer Erguss vor, so wurde er meist als Folge einer primär intraperitonealen Haematocele aufgefasst.

Nach *Schröder* hängt die Entstehung eines Haematoms in der Regel mit der Einwirkung eines Traumas auf die Genitalorgane zur Zeit der Menstruation zusammen, weniger mit Traumen, welche die Gesäss- und Kreuzbeingegend treffen.

In neuerer Zeit sind, wie *Fritsch* in seinem Werke »Die Krankheiten der Frauen« angibt, mehrere Fälle von parametritischem Haematom

beschrieben und man neigt der Ansicht zu, dass eine grosse Anzahl von Parametritiden mit diesen Blutungen in Zusammenhang stehen, indem durch die Schwellung der entzündeten Teile Gefässe zerreissen und ihren Inhalt ins Bindegewebe ergiessen. Nachträglich kann das aufgeblähte Lig. lat. oder das abgehobene Peritoneum platzen, so dass die Haematocele als Folge des Haematoms erscheint. Natürlich alterirt diese Beobachtung nicht das Krankheitsbild der Haematocele, zu deren Wesen stets die intraperitoneale Blutung gehört. Diese Art der Entstehung dürfte jedoch zu den grössten Seltenheiten gehören.

Als weitere häufigste Ursachen führt *Lawson Tait* an:

1. Ruptur einer Vene, seltener einer Arterie,
2. die plötzliche Unterbrechung der Menstruation,
3. Operationen, die das Lig. lat. beteiligen.

Zu gunsten der Venenruptur als Ursache des Haematoms spricht sich *Gusserow* aus, indem er es als leichtverständlich annimmt, dass nicht selten eine varicös erweiterte Vene des Plexus pampiniformis platzt, ihr Blut zwischen die Falten des breiten Mutterbandes ergiesst, ohne eine Zerreissung des peritonealen Ueberzuges herbeizuführen, sodass das Blut weder frei in die Bauchhöhle noch in den *Douglas*'schen Raum gelangt.

Einen ähnlichen Fall beobachtete *Gusserow* selbst bei der operativen Entfernung einer Haematosalpinx. Das in der Tube angesammelte Blut hatte sich aus ihr einen Weg gebahnt zwischen die Falten des Lig. lat., da die Umgebung des

Tubarostiums durch perimetrisische Verwachsungen fest gegen den *Douglas*'schen Raum bezw. das Cavum peritonei abgeschlossen war.

Was das Sistiren der Menstruation als ätiologisches Moment anlangt, so äussert sich *Veit* dahin, dass ausser der Tubarschwangerschaft keine der sonstigen Ursachen des Hämatoms das vorherige Ausbleiben der Periode erkläre. Auch *Gusserow* widerspricht der Behauptung *Tait's*, dass ein solches Ausbleiben der Menstruation vor einer Hämatombildung mit grosser Wahrscheinlichkeit als Ursache des Hämatoms angesehen werden muss. Und in der That kann die Periode nicht nur nicht fehlen, sondern sogar stärker auftreten, wie wir dies auch in den beiden später näher zu betrachtenden Fällen sehen werden.

Dass es bei Operationen, an denen das Lig. lat. beteiligt ist, zu Blutungen in dessen Falten kommen kann, bedarf keiner weiteren Erklärung.

Jedenfalls scheinen pathologische Veränderungen des Uterus und seiner Adnexa zum Zustandekommen der Beckenblutungen zu prädisponiren.

Die Rückbildung der weiblichen Genitalien resp. Störungen in derselben sind hiebei sehr von Gewicht, indem die Mehrzahl der sichergestellten Hämatome Frauen zwischen dem 30. und 45. Lebensjahre angehörte und zwar hauptsächlich Individuen, welche stark menstruirt und bei denen schon früh regressive Vorgänge beobachtet waren.

Ovarialerkrankung als Ursache der Hämatombildung kann nicht ganz von der Hand gewiesen werden, doch dürfte hier die Folge mehr im Auf-

treten einer Haematocele bestehen, soweit dies wenigstens die bisherigen Erfahrungen zeigen.

Wohl zu beachten ist auch, dass das Hämatom meist neben Anämie oder überhaupt schlechtem Ernährungszustand angetroffen wird.

Nachdem das Vorkommen des Haematoms als zweifellos anerkannt war, war eine der ersten Aufgaben die präzise Feststellung des klinischen Bildes.

In erster Linie sind zu nennen die Anomalien der Menstruation, welche sich in Unregelmässigkeit sowohl des zeitlichen Auftretens wie der Intensität bekunden. Eine Abweichung von der Norm ist stets vorhanden, meist komplizirt mit früher gar nicht, oder wenigstens nicht so heftig verspürten Schmerzen, welche in der Regel krampfartig, wehenartig auftreten. Diese Schmerzen sind um so stärker, je grössere Ausdehnung der Tumor gewinnt und je mehr dabei benachbarte Teile in Mitleidenschaft gezogen werden. Wie bei keiner beträchtlicheren Blutung fehlt auch hier nicht das nächstfolgende Symptom, die Anämie. Das fast regelmässige Vorhandensein derselben bei der Uebernahme der Patientinnen beruht ohne Zweifel auf bereits vorausgegangenen Blutungen; der Grad der Blutarmut lässt einen ungefähren Schluss auf die Menge des Ergusses ziehen; diese steht wiederum in Beziehung zum Allgemeinbefinden wie zu den Complikationsstörungen. Die Störungen oder die bedeutende Grösse, welche den Patienten den Gedanken an eine Geschwulst im Unterleibe nahe legt resp. dieselbe direkt fühlen lässt, führen die

Kranken zum Arzte. Dieser findet einen prall elastischen; runden Tumor, der sich ziemlich gut abgrenzen lässt und dessen Betastung in der Mehrzahl der Fälle Schmerz hervorruft.

Bleibt die Geschwulst bestehen, oder beginnt sie der Resorption anheimzufallen, welche beim Haematom immer langsam vor sich geht — im Gegensatz zur Haematocele, bei welcher das an Lymphgefässen so reiche Bauchfell die Resorption hauptsächlich übernimmt — so können die Symptome allmählig verschwinden. Wird sie aber grösser, so wiederholen sich die Schmerzanfälle meist bei der nächsten Menstruation; auch in der Zwischenzeit ist ihr Auftreten beobachtet.

Grössere Gefahr als aus der Volumszunahme des Tumors erwächst für die Patienten aus der Möglichkeit des Spontandurchbruches. Geschieht derselbe in die Bauchhöhle, so ist Peritonitis mit tötlichem Ausgange die häufigste Folge. Bei dem Durchbruch nach dem Mastdarm oder nach der Scheide kann die Prognose relativ günstig gestellt werden.

Ob Haematom Sterilität bedingt, ist noch eine offene Frage; jedenfalls ist es in dem von mir beobachteten Falle bemerkenswert, dass die Frau nach einer normalen Entbindung nicht mehr Gravida wurde; da zudem von jenem Wochenbett an eine Verstärkung der Periode auftrat, darf der Beginn der Erkrankung in jene Zeit verlegt werden.

Mit dem Zurückgehen der Geschwulst schwinden auch die Symptome, welche von den benachbarten Organen ausgehen. So werden namentlich die Lageveränderungen des Uterus grossenteils

korrigirt, die Funktionsstörungen der Blase, des Mastdarms gebessert oder behoben. Die Anaemie verliert sich, der Kräftezustand bessert sich, falls nicht neue Momente einen erneuten Erguss hervorrufen, was a priori nicht immer verhütet werden kann.

Obwohl nun eine ziemlich genaue Symptomatologie gegeben scheint, so ist doch die Differenzialdiagnose zwischen Haematom und einigen anderen Leiden an den weiblichen Genitalien nicht stets leicht; die Schwierigkeiten wachsen, je länger die Patienten zögern, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Plötzlich auftretende Anämie mit Ohnmacht und Schmerzen, ohne Temparatursteigerung, sei es spontan, bei Aussetzen der Menstruation, oder nach einem Trauma, das die Beckengegend getroffen, deuten wohl auf eine Blutung hin, allein genauer lässt sich deren Sitz nicht ohne weiteres bestimmen.

Die erste Frage ist: Handelt es sich um ein Haematom oder um eine Haematocele?

Beim Haematom ist der Tumor schon von Anfang an als abgegrenzte Geschwulst zu fühlen; dies ist bei Haematocelen von geringem Umfang in anbetracht ihrer Lage nicht möglich; man fühlt hier eben nur die Anwesenheit von Flüssigkeit im *Douglas*'schen Raum, wohin der Erguss nach dem Gesetz der Schwere gesunken ist. Da aber die Kranken meist nicht so früh in Behandlung kommen, muss nach Symptomen gesucht werden, welche die Diagnose auch in späteren Stadien ermöglichen.

Einige Dienste leistet die Anamnese. Während nämlich die Haematocele gleich von Beginn an Schmerzen verursacht infolge der peritonitischen Reizung, treten jene beim Haematom erst auf, wenn dasselbe durch beträchtliche Grösse Zerrung oder Compression der benachbarten Teile macht; die Symptome der Peritonitis sind bei letzterem zwar nicht ganz ausgeschlossen, fehlen aber in der Regel.

Die Haemetocele bildet sich vor oder hinter dem Uterus, ein seitlicher Sitz ist bei ihr selten, beim Haematom fast Regel. Das Wachstum des letzteren ist viel langsamer als das der Haematocele.

Leicht ist die Entscheidung, wenn es sich um zwei Tumoren, je einen auf jeder Seite, handelt, die durch eine fühlbare Brücke mit einander verbunden sind; in diesem Falle liegt zweifellos ein doppelseitiges Haematom vor. Häufig lässt sich sogar die allmählige Entwicklung der Brücke sowie des zweiten Tumors verfolgen.

Bei einem Bluterguss ins Lig. lat. ist die Grenze nach oben sehr deutlich halbkuglich zu fühlen, im *Douglas*'schen Raum hingegen oft nur schwer zu tasten — das Peritoneum bildet das Dach nach oben; bei der intraperitonealen Haematocele ist die obere Grenze in der Regel erst zu palpiren, wenn der *Douglas*'sche Raum weit nach abwärts gedrängt und das Becken mehr weniger ausgefüllt ist — das Peritoneum bildet den Abschluss nach unten.

Am entscheidensten ist immer die Erscheinung einer besonderen Geschwulst im Lig. lat. Die Beweglichkeit hängt allerdings von der Ausdehnung ab und kann eventuell ganz verschwinden; aber

selbst in diesem Falle muss der innerlich untersuchende Finger an der vordern und ganz besonders an der hinteren Beckenwand einigermassen weit neben der Geschwulst in die Höhe dringen können, während dieselbe seitlich in den Uterus bezw. in die Beckenwand kontinuirlich übergeht. Ausserdem müssen alle Erscheinungen sowohl in der Anamnese als im Verlaufe der Krankheit vorhanden sein, die für einen Bluterguss überhaupt sprechen.

Die Perkussion kann zur Diagnose wenig verwertet werden, die Haematocele ist durch ihre Lage dieser Untersuchungsmethode schwer zugänglich. Im allgemeinen lässt sich sagen, dass grössere Haematocelen Dämpfung zeigen, während über Haematomen infolge Vorlagerung von Darmschlingen häufig Tympanie besteht.

Ausser Haematocele kommen differenzialdiagnostisch noch in Betracht: Parametritis, Ovarialtumoren, Retentionsgeschwülste der Tube, Neubildungen des Uterus, Gravidität.

Bei Parametritis sind die Schmerzen zwar nicht selten unbedeutend, sind sie aber vorhanden, dann sind sie konstant, auf Druck wohl intensiver, nie jedoch treten sie wie beim Haematom wehenartig auf. Auch geht Parametritis, besonders wenn es zur Eiterung kommt, mit deutlichen fieberhaften Erscheinungen einher. Nicht unwesentlich ist hierbei die Anamnese, insofern sie über die Ursachen des parametritischen Exsudates, als fieberhaftes

Wochenbett, Gonorrhoe oder sonstige Genitalerkrankungen Aufschluss geben kann.

Oben wurde schon erwähnt, dass das Haematom die Scheidenwand stark vordrängt; daher ist an einen Ovarialtumor nur zu denken unter anormalen Verhältnissen, die dem Tumor eine ihm sonst nicht zukommende Lage und Ausdehnung vorschreiben. Auch hier ist stets die Tube als Strang zu fühlen; ist gar neben dem Tumor das Ovarium palpirbar, so ist die Diagnose »Eierstockgeschwulst« absolut auszuschliessen.

Was von dem Ovarialtumor gesagt ist, gilt grossenteils auch für die Tubengeschwülste. Hier bildet die Anwesenheit von Verwachsungen der Tube mit anderen Beckenorganen ein schwer zu überwindendes Hindernis für die Diagnose. Allein die Gestalt des Tumors ist nicht rund, sondern dem Eileiter angepasst, in die Länge gezogen, dazu scharf abzugrenzen; er drängt das Scheidengewölbe ebensowenig nach unten wie der Ovarialtumor.

Von den Uterusneubildungen ist das Fibroid zu nennen. Dasselbe zeichnet sich durch langsames, stetiges Wachstum, sowie durch seine Härte aus. Weichere Consistenz erhält das Fibroid oder Myom bei der Degeneration, welche wiederum ein langes Bestehen der Geschwulst voraussetzt; dies ist, da es sich bei der Differenzialdiagnose nur um relativ kleine Myome handeln kann, nicht wohl anzunehmen.

Schwangerschaft, extrauterine oder intrauterine, sei es bei Uterus bicornis oder bei anderer Entwicklungshemmung, kann häufig nach der Anamnese ausgeschlossen werden. Gegen sie spricht ein

ziemlich normales Fortbestehen der Menstruation, wenn auch zugegeben werden muss, dass gerade bei Extrauterinschwangerschaft mit lebendem Ei regelmässige Periode bestehen kann. Fehlen der Herztöne besagt wenig, da ein totes Ei vorliegen kann. Wichtig, ja entscheidend ist das Fehlen der Weichheit des Uterus, wie sie stets bei Gravidität, ob normaler oder nicht, sich findet. Dass die Sonde genügend weit in den Uterus eindringt, liefert nicht den Beweis für die Leere desselben, wichtiger ist dafür die Leichtigkeit, mit der die Sonde über den inneren Mm. vordringt. Um sich darüber ein Urteil verschaffen zu können, bedarf es allerdings einer ganz bedeutenden Uebung im Gebrauche dieses Instruments. Zudem ist die Manipulation nicht ohne Gefahr; einmal kann der Uterus, der gerade bei Extrauterinschwangerschaft ausserordentlich weich ist, perforirt werden, andererseits ist auch die Frucht durch den Eingriff gefährdet.

Der direkte Weg ist die Exploration des Inhaltes durch Probepunktion. Je dünner der Troicar gewählt wird, desto weniger gefährlich ist das Verfahren, aber desto weniger bringt man heraus und um eine Diagnose auf den Befund des Inhaltes aufbauen zu können, bedarf es einer grösseren Menge. Eine weitere Gefährdung liegt in der Möglichkeit der Infection durch den Stichkanal. Immerhin wird dieses Mittel häufig in Anwendung gebracht werden müssen und wird zum mindesten nicht unwichtige Aufschlüsse geben, wenn auch eine endgiltige Entscheidung über die Herkunft des Tumors dadurch nicht immer erbracht wird.

Fassen wir alles zusammen, so kommen wir zu dem Resultate, dass es das Sicherste ist, ein Haematom per exclusionem zu diagnosticieren; nimmt man noch die einzelnen specifischen Symptome zu Hilfe, so kann in der Mehrzahl der Fälle die Diagnose sicher gestellt werden. Dies ist von grosser Bedeutung bezüglich der einzuschlagenden Therapie, damit man sich nicht zu unnötigen, schweren operativen Eingriffen verleiten lässt, durch welche die ohnehin nicht allzu günstige Prognose des Haematoms auch noch nach dieser Seite hin getrübt würde.

Der lange dauernde Streit über das Verhalten gegenüber dem Haematom teilte die Autoren in zwei Lager: Die einen wollten nur operativ, die andern nur exspectativ vorgehen.

A. Martin kam durch Beobachtung mehrerer Fälle zu folgendem Schluss:

1. Haematome, sofern sie als solche diagnosticiert werden, müssen exspectativ behandelt werden.
2. Verursachen Geschwülste im kleinen Becken, bei denen die Diagnose auf ein extraperitoneales Haematom mit Sicherheit oder grosser Wahrscheinlichkeit gestellt werden kann, unmittelbare Lebensgefahr, oder ein langwährendes, anderweitig nicht zu beseitigendes Siechtum, so soll bei ihnen ebenso wie bei den intraligamentären Geschwülsten, Ovarialtumoren, Geschwülsten, die vom Uterus ausgehen und intraliga-

mentär entwickelt sind, der Laparatomie der Vorzug vor der Operation von der Scheide aus gegeben werden.

Heute stimmen die Gynäkologen fast ausnahmslos darin überein, dass man bei Haematom nur auf bestimmte Indikationen hin operieriren soll; für die Fälle, welche nicht exspektativ behandelt werden können, ist die Laparotomie durch die einfachere und ungefährlichere Elytrotomie verdrängt worden.

Für dieses Verfahren trat besonders *Gusserow* warm ein. Obwohl er zugab, dass eine grosse, vielleicht die grössere Reihe derartiger Erkrankungen schnell und sicher bei abwartender Behandlung, d. h. bei einfacher Bettruhe heilt, so wollte er doch die Elytrotomie etwas weiter ausgedehnt wissen, und zwar nicht nur jedenfalls für alle diejenigen Fälle, in denen bei längerer exspectativer Behandlung die Resorption gar nicht oder äusserst langsam vor sich geht, sondern auch besonders für die Fälle, welche grössere lokale Beschwerden machen und vor allen Dingen für jene, bei denen die äussern Lebensverhältnisse der Patienten es nicht gestatten, längere Zeit die Resorption abzuwarten, oder in denen die Kranken vermöge ihrer Lebensart schwer oder gar nicht im Stande sind, später noch längere Zeit hindurch diejenige Schonung sich angedeihen zu lassen, die durchaus nötig ist, um Recidive des Blutergusses einigermassen zu verhüten.

Die Operation besteht in Incision des Blutsackes von der Scheide aus, nachdem letztere gründlich desinficiert worden. Die Blutmassen werden mit einem nicht toxisch wirkenden Antiseptikum

herausgespült, eventuell mit Zuhilfenahme des Fingers; die Anwendung der Curette ist nicht zweckmässig, da mit ihr leicht Anlass zu neuen Blutungen gegeben wird, welche die Höhle in kurzer Zeit wieder füllen. Die Ausspülungen werden bis zur Heilung täglich 1—2 mal fortgesetzt; die Drains können entfernt werden, sobald nur mehr geringe Mengen von Inhalt aus denselben fliessen.

Ganz ohne Gefahr ist auch diese Operation nicht. Einmal kann eine Blutung erfolgen aus einem Recessus der Geschwulst und von der Scheide aus ist dieselbe schwer zu stillen. Oder die Entfernung der Massen geschieht mangelhaft, Blutgerinsel bleiben zurück und geben den Herd ab für Entzündung und Jauchung. Endlich kann infolge zu energischer Ausräumung ein Durchbruch der Sackwand stattfinden, es entleert sich verändertes Blut in die Bauchhöhle, die Patientin geht an Peritonitis zu Grunde.

Sind also auch bei diesem Verfahren üble Zufälle nicht ausgeschlossen, so hat es doch vor der Laparotomie den grossen Vorteil der Einfachheit; die mittels der Laparotomie erzielten Resultate sind keineswegs günstiger als bei Incision von der Vagina aus. Zudem muss fast immer nach der Laparotomie die Höhle durch den *Douglas*'schen Raum nach der Scheide hin drainirt werden, um den zurückgebliebenen blutigen Massen freien Abfluss zu verschaffen. Ein Vorteil vor der Elytrotomie muss der Laparotomie zugeschrieben werden: Das Operationsfeld kann ganz übersehen, Blutungen können leichter gestillt werden; doch sind diese Blutungen nicht häufig und kann die Laparotomie

nötigenfalls immer noch der einfacheren Operation angeschlossen werden.

Vorstehender Skizze über das Haematom soll nunmehr die Beschreibung der beiden anfangs angekündigten Fälle sich anschliessen; den zweiten konnte ich selbst, wie erwähnt, vom Anfang bis zum Ende verfolgen.

I.

Schn', 38 J., Taglöhnersfrau.

Aufnahme in die Klinik am 3. III. 90.

Anamnese: Vp. Entbindungen verliefen spontan, letzte vor 2 Jahren. Im ersten Wochenbett sechswöchentliches Fieber. Früher brustleidend, kurzatmig. Menses regelmässig, alle 4 Wochen, Dauer 8 Tage, reichlich, schmerzlos. Seit 8 Wochen Leibschmerzen, anfallsweise, äusserst heftig. Seit 6 Wochen bemerkt Patientin eine langsam wachsende Geschwulst im Abdomen. Menses wie früher, nur vor 6 Wochen einmal einen Monat lang fast ununterbrochen dauernd, Appetit mässig, Stuhl angehalten. Urinentleerung manchmal schmerzhaft, spärlich. In letzter Zeit Abmagerung. Hereditäre Belastung nicht vorhanden.

Befund: Kachektisch aussehende, mässig fettarme Frau mit blasser gelber Gesichtsfarbe. Unterer Teil des Abdomens links halbkuglig aufgetrieben, etwa in der Grösse eines Kindskopfes. Zahlreiche alte Striae. Bauchdecken sehr fettarm. Die Auftreibung ist verursacht durch einen festelastischen, deutlich fluktuirenden Tumor, der aus mehreren ungleich grossen Segmenten besteht, nach oben fast bis links neben den Nabel reicht, nach unten

Beckeneingang und Beckenweite fast ganz ausfüllt, die hintere Scheidenwand stark vorwölbt und den Uterus hoch aus dem Becken nach rechts oben herausgehoben hat. Der Fundus uteri steht handbreit über dem rechten Schambein, die Portio ist dem rechten horizontalen Schambeinast fest angedrängt. Die Sonde dringt 9 cm weit ein. Vom Fundus fühlt man die Ligamente deutlich nach links auf den Tumor, nach rechts ins Becken hinunter abgehen. Geschwulst wenig, doch deutlich beweglich und vom Uteruskörper abgrenzbar.

Die Diagnose lautet: Tubarschwangerschaft.

4. III. Bei vorbereitender Desinfektion der Vagina entleert sich aus dem Uterus eine geringe Menge (etwa 2 Esslöffel) eingedickten braunroten Blutes. Urinentleerung etwas erschwert, Urin eiweissfrei.

5. III. Laparotomie. (Prof. *Hofmeier*).

Die Bauchdecken werden bis 3 Finger breit unter dem Nabel gespalten. Der Tumor ist glatt vom Peritoneum überzogen, das ziemlich hoch von ihm auf die Bauchwand seitlich übergeht. Die Geschwulst liegt der linken Uterusseite breit an, hinten unten zur Zeit noch das Peritoneum so gegen den *Douglas*'schen Raum vordrängend, dass ein Teil des Tumors hinter die Cervix zu liegen kommt.

Das Lig. rot. sin. geht in grossem Bogen vorn über den Tumor weg. Die lang ausgezerrte Tube verläuft zuerst auf der Höhe, dann an seiner linken Seite, wird allmählig dicker und verschwindet, sich plötzlich noch mehr verdickend, in Adhäsionen hinter dem Tumor, ohne dass sich genau sehen

liesse, ob die Tube selbst den Tumor bildet oder nicht.

Dünndarmschlingen hinten und hinten links breit adhaerent.

Das Peritoneum wird breit über dem Tumor zwischen Tube und Lig. rot. gespalten, der Tumor lässt sich eine grosse Strecke weit gut herausschälen. Der Finger dringt dabei plötzlich in eine Höhle ein, aus welcher etwas geronnenes Blut quillt. (Die Probepunktion des Tumors nach Spaltung des Bauchfells hatte kein Resultat ergeben.) Das Loch wird mit dem Finger stumpf erweitert; der ganze Tumor erweist sich als eine mit geronnenem Blut gefüllte Höhle. Blut im Innern geschichtet, an der hinteren Wand eine derbe, aus Fibrin- und Blutgerinnsel bestehende Masse, in welche zottenähnliche Partien eingebettet liegen. Ein Teil der Cystenwand sowie ein etwa 4 cm langes Stück der Tube werden reseciert. Blutmenge etwa 2 Liter.

Die Bauchhöhle wird von dem hineingeflossenen Blute gereinigt, die Tumorwand rings in den unteren Teil der Bauchwunde mit fortlaufender Catgut-Naht eingenäht, der obere Teil der Bauchwunde mit Seidenknopfnähten geschlossen. Die Cystenhöhle wird mit Schwammtupfern gut ausgewischt, mit Jodoformgaze leicht ausgestopft. Compressivverband.

Kein Erbrechen. Nachmittags spontane Urinentleerung; abends Temperatur 38,6, Puls 126. Allgemeinbefinden gut.

Da die Diagnose anfänglich auf Extrauterin-Schwangerschaft gestellt worden war, wurde der

Inhalt der Geschwulst mikroskopisch untersucht; Anhaltspunkte zur Annahme einer Gravidität wurden dabei nicht gefunden.

Nach willkürlicher Urinentleerung fliesst stets etwas Urin unwillkürlich ab. Durch die Durchnässung der täglich gewechselten Leibbinde geringe Excoriationen der Sacralgegend. Pat. wird deshalb auf Luftkissen gelegt. Sonst vollkommenes Wohlbefinden.

6. IV. Wundhöhle ca. wallnussgross. Pat. sitzt im Bett auf.

15. IV. Wundhöhle ca. haselnussgross. Pat. bringt ½ Stunde ausser Bett zu.

17. IV. Pat. tagsüber ausser Bett. Wundhöhle 7 cm tief, sehr eng.

20. IV. Mit einem einige Centimeter tiefen, sehr engen Wundtrichter, Watteverband und Leibbinde entlassen.

Bei den folgenden Vorstellungen in der Poliklinik ergab sich:

22. IV. Vollkommenes Wohlbefinden. Wundtrichter secernirt spärlich.

21. VI. Die Frau klagt über stechende Schmerzen im Rücken, sonst Wohlbefinden.

Befund: Uterus antevertirt; rechts und etwas vorn vom Uterus liegt ein gänseeigrosser, ziemlich harter Tumor, rund, beweglich, mit dem Uterus durch einen ziemlich breiten Stiel verbunden. Links noch einige schwache Verdickungen.

Bei der Sondierung stellt sich heraus, dass besagter Tumor der stark gegen die Cervix abgeknickte Uteruskörper ist.

Seitdem kam die Frau nicht mehr zur Untersuchung.

II.

Ad., 28 Jahre, Metzgersfrau.

Aufnahme in die Klinik am 5. VI. 93.

Anamnese: Ip. Vor 8 Jahren eine regelmässige Entbindung mit gut verlaufendem Wochenbett. Menstruation bis dahin regelmässig, ohne wesentliche Beschwerden. Seit dem Wochenbett soll nun die Periode immer sehr stark gewesen sein; Dauer 3—4 Tage; dabei Leib- und Kreuzschmerzen. Letzte Menstruation vor 4 Wochen. Während der letzten 3 Wochen will Pat. ein paarmal krampfartige Schmerzanfälle in beiden Seiten des Unterleibes und Kreuzschmerzen gehabt haben. Abgang von Blut wurde nicht bemerkt. Stuhlgang und Urinentleerung ohne Beschwerden.

Befund: Sehr blasse, anämische Frau. Introitus und Scheide mässig eng, Uterus hart, anteflectirt, etwas vergrössert und nach links verdrängt. Beweglichkeit gehemmt.

Rechts vom Uterus eine weit über faustgrosse, prall-elastische Geschwulst, welche nach oben bis nahe zur Nabelhöhe und rechts bis gegen die Spina ant. sup. oss. il. reicht. Sie ist vom Uterus nicht deutlich abzugrenzen, doch fühlt man eine Einknickung, welche als Grenze zwischen Uterus und Tumor angesehen werden darf. Letzterer ist auch von der Scheide aus zu tasten und zeigt auf Druck mit der äussern Hand etwas Fluktuation. Sondirung durch die starke Anteflexio erschwert; Sonde dringt $7^1/_2$ cm ein.

Der Einstich mit der Explorationsnadel von der Scheide aus ergibt schleimige, blutige, dunkelrote Flüssigkeit, worauf die Diagnose auf Haematom gestellt wird.

11. VI. Elytrotomie (Prof. *Hofmeier.*)

Nach sorgfältiger Desinfektion des Introitus und der Scheide wird in Chloroformnarkose eine Incision seitlich an der Portio gemacht. Nach Dilatation der Oeffnung mit der gebogenen Kornzange entleert sich eine grössere Menge dunkelbraunroten, zum Teil geronnenen Blutes. Nach Ausspülung und Ausräumung mit dem Finger wird ein T-Drain eingelegt; um das Abdomen kommt eine feste Bandage.

12. VI. Entleerung des Urins mit dem Katheter. Befinden gut. Wundsekretion gering.

13. VI. Abends geringe Temperatursteigerung. Ausspülung der Hämatomhöhle vom Drain aus mit 2% iger Lysollösung.

14. IV. Leichte Temperatursteigerung. Bei der Ausspülung mit Lysol kommt eine geringe Menge bräunlicher, nicht übelriechender Fetzen aus dem Drainrohr. Entfernung der Nähte. Die Ausspülungen werden fortgesetzt.

19. IV. Mit der Spülflüssigkeit kommen noch grössere Mengen bräunlichroter, krümliger Fetzen. In der Zwischenzeit geht nur wenig ab.

24. VI. Den Tag über gehen nur wenige Tropfen aus dem Drainrohr ab; die Unterlage ist nur mit geringen Mengen des Sekretes beschmutzt. Bei der Ausspülung kommen noch grössere Massen. Die Ausspülung geschieht mit dem Uteruskatheter, da das Rohr verstopft ist.

Der Tumor rechts vom Uterus ist bimanuell noch zu tasten, fühlt sich aber mehr strangförmig an. Der Uterus liegt nicht mehr so sehr nach links verdrängt.

2. VII. Immer noch ziemlich starke Sekretion. Die Scheidenöffnung der Cyste hat sich fast vollständig geschlossen; es ist nur noch ein kleiner, ziemlich derber, etwa hühnereigrosser Tumor rechts seitlich vom Uterus, durch einen Strang mit diesem verbunden, zu fühlen. Empfindlichkeit bei Palpation fast null.

Pat. wird als geheilt entlassen.

Am 26. VII. kommt Pat. zur Poliklinik.

Befund: Uterus gross, hart, anteflektirt. Rechts dicht an der Portio die Narbe. Geringe Infiltration als Rest der Cyste. Ausfluss noch in geringem Mase vorhanden. Im allgemeinen hat sich Pat. sehr gut erholt.

Seitdem hat die Frau die Anstalt nicht wieder aufgesucht.

Der Ausführung der beiden Fälle soll die Betrachtung ihrer Beziehungen zu dem allgemeinen Teil der Arbeit folgen.

Für die Aetiologie sind uns keine Anhaltspunkte gegeben. Abnorme Verhältnisse im Bau des Beckens und der Beckenorgane waren nicht vorhanden; ebenso wenig hatten die Patientinnen früher zu diesen Blutungen disponirende Krankheiten überstanden; denn das Wochenbettfieber der Schn. kann nicht in Zusammenhang stehen mit deren letztem Leiden, da vier normale Wochenbette dazwischenliegen. Der Verlauf des II. Falles spricht

entschieden gegen die Annahme, dass die Entstehung eines Haematoms ein vorausgehendes Sistieren der Menstruation zur Bedingung setze.

In den Symptomen finden wir zwischen beiden Fällen grosse Aehnlichkeit. So das anfallsweise Auftreten der erst in letzter Zeit verspürten Schmerzen. Beide Patientinnen sind anaemisch, beide geben an, dass sie im Verlauf des Leidens abmagerten, bei beiden stellten sich Menstruationsanomalien ein. Beschwerden von seite der Nachbarorgane finden wir beim I. Fall, während uns beim II. die interessante Erscheinung der Sterilität entgegentritt. Die Tumoren selbst hatten beide prall-elastische Consistenz mit deutlich nachweisbarer Fluktuation.

Da ich Fall I nicht persönlich beobachtete, muss ich es mir versagen, auf den Weg, auf dem die Diagnose zu stande kam, näher einzugehen und mich darauf beschränken, dies bei dem Fall Ad. zu thun.

Nach dem Aspectus konnten so ziemlich alle bei der Besprechung der Differenzialdiagnose genannten Leiden in Betracht kommen.

Ascites war auszuschliessen bei dem umschriebenen Sitz des Tumors sowie der Beibehaltung des Sitzes trotz beliebiger Lagerung der Person; ebenso Ovarial- und Tubengeschwulst bei dem Fehlen pathologischer Beckenverhältnisse.

Der Umstand, dass der Tumor vom Uterus nicht deutlich abgegrenzt werden konnte, brachte mich auf den Gedanken an ein Myom. Allein dagegen sprachen wiederum das jugendliche Alter der Pat. sowie die prall-elastische, fluktuirende Beschaf-

fenheit der Geschwulst; bei dem kurzen Bestehen des Leidens war an eine solche Erweichung eines Myoms nicht zu denken.

Weiters kam das Vorhandensein eines parametritischen Abszesses in Frage. Ein solcher wäre aber unzweifelhaft mit Fiebererscheinungen einhergegangen und die Frau hätte kontinuirlich Schmerzen gehabt. Eine Vorerkrankung wie Gonorrhoe und andere war weder anamnestisch noch durch die Untersuchung nachzuweisen.

Von Extrauterinschwangerschaft — nur um solche konnte es sich hier handeln — wurde abgesehen nicht sowohl auf Grund der glaubwürdigen Anamnese, als vielmehr wegen der Härte des Uterus, wie sie in der Gravidität, sei dieselbe welcher Art auch immer niemals angetroffen wird.

So blieb nur eine Möglichkeit der Diagnose: Bluterguss. Dieselbe fand in dem anaemischen Aussehen der Pat. eine kräftige Stütze. Ist diese Blutung nun eine intraperitoneale oder extraperitoneale: das blieb zu entscheiden.

Handelte es sich um eine Haematocele, dann hätten die Schmerzen schon früher sich eingestellt, nicht in den letzten drei Wochen; der Tumor wäre zudem schneller gewachsen. Bei seinem Umfange wäre die Grenze nach oben nicht so deutlich ausgesprochen gewesen als wie hier die Palpation ergab.

Ich hatte es also mit einem extraperitonealen Beckenhaematom zu thun; der Ausfall der Probepunktion erbrachte die Bestätigung hiefür.

Das operatirte Vergehen ist bereits des nähern beschrieben, das Resultat war in beiden Fällen ein günstiges. Während jedoch die perlaparotomiam behandelte Pat. 46 Tage nach der Operation in der Klinik zubringen musste, konnte die andere, bei der die Elytrotomie ausgeführt worden, die Anstalt schon nach 21 Tagen verlassen, ein Umstand, der grossenteils der Einfachheit des letzteren Verfahrens zu danken ist; dasselbe dürfte somit für die meisten Fälle das geeignetste bleiben.

Am Schlusse meiner Arbeit angelangt, erfülle ich eine angenehme Pflicht, indem ich meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. *Dr. Hofmeier* für die gütige Zuweisung des Themas und Uebernahme des Referates meinen herzlichsten Dank ausspreche.